

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932 — N° 13

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Décembre 1931

PAR

Georges-Eugène-Henri-François-Marie-Constant PÉCARRÈRE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-LOUIS (Sénégal), le 8 Février 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président</i>
		BEGOUIN, professeur	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23, rue Teulère

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548423_0091

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932 — N° 13

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Décembre 1931

PAR

Georges-Eugène-Henri-François-Marie-Constant PÉCARRÈRE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-LOUIS (Sénégal), le 8 Février 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président
		BEGOUIN, professeur	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23, rue Teulère

1931

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale MAURIAC.	Clinique ophtalmologique TEULIÈRES.
id. CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ROCHER.
Clinique chirurgicale CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique GUYOT.
id. BEGOUIN.	Clinique médicale des mala- dies des enfants CRUCHET.
Pathologie et thérapeutique générales CARLES.	Chimie biologique et médicale Physique médicale et phar- macéutique SIGALAS.
Clinique d'accouchements ANDÉRODIAS.	Médecine coloniale et clin. des maladies exotiques BONNIN.
Anatomie pathologique et mi- croscopie clinique SABRAZÈS.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques PETGES.
Anatomie VILLEMIN.	Clinique des maladies des voies urinaires DUVERGEY.
Anatomie générale et histolo- gie G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveu- ses et mentales ABADIE.
Physiologie PACHON.	Clinique d'oto-rhino-laryngol. Toxicologie et hygiène appli- quée LABAT.
Hygiène LEURET.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie SELLIER.
Médecine légale et déontolog. Electroradiologie et cliniq. d'électricité médicale RECHOU.	
Chimie CHELLE.	
Botanique et matière médicale Pharmacie BEILLE.	
Zoologie et parasitologie DUPOUY.	
Médecine expérimentale MANDOUX.	
	DUPÉRIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique),
GOLSE (Pharmacie), LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie DUBECQ.	Maladies mentales PERRENS.
id. DUFOUR.	Chirurgie générale PAPIN.
Physiologie FABRE.	id. JEANNENEY.
Parasitologie et sciences na- turelles R. SIGALAS	id. CHARRIER.
Médecine générale CREYX.	id. LOUBAT.
id. AUBERTIN.	Obstétrique PERY.
id. DAMADE.	id. RIVIÈRE.
id. PIÉCHAUD.	Ophtalmologie BEAUVIEUX.
id. DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie Chimie générale pharmaceuti- que et toxicologie JOULIA.
	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire CAVALIÉ	Fuériculture FAUGÈRE.
Médecine opératoire PAPIN.	Démonstrations et prépara- tions pharmaceutiques GOLSE
Clinique d'accouchements RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie R. SIGALAS.
Ophtalmologie CABANNES.	
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	
Cours complémentaire annexe . — Prothèse et rééducation professionnelle	MM. N. GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

très faible gage de reconnaissance infinie.

A MA FEMME BIEN AIMÉE

*Toi qui m'apportes tous les jours l'appui de
ta tendresse infinie.*

A MADEMOISELLE MADELEINE DOMEQ

PROFESSEUR AU COLLÈGE DE JEUNES FILLES DE ROCHEFORT

*dont l'intelligence et la compétence m'ont été
si utiles dans la traduction de textes rela-
tifs à ce travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BAROZZI

vous qui n'avez jamais négligé de me prodiguer l'appui de votre expérience aux moments où j'en avais besoin.

A MONSIEUR LE MEDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
DÉCORÉ DE L'ORDRE DE SAINT-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Nous le remercions d'avoir bien voulu nous
faire le grand honneur de nous inspirer no-
tre travail et de présider notre thèse.*

Contribution à l'étude des Sarcomes du Vagin

INTRODUCTION

Notre travail n'aura pas d'autre prétention que de faire une sorte de rappel sur tout ce que l'on sait des sarcomes du vagin ; tumeurs qui ont tout leur intérêt autant dans leur rareté que dans leur malignité. Nous ne résolvons rien, nous nous contentons d'indiquer les points à éclaircir, de tracer des objectifs. Cela nous avons tâché de le faire avec la plus grande simplicité possible.

Etant donné la rareté des cas, nous n'avons pas eu la chance d'apporter d'observations inédites. Cependant, parmi les cas déjà publiés, nous avons tâché de grouper quelques-uns des plus typiques.

A la tête de celles-ci, nous plaçons l'observation publiée au Congrès de Nantes de 1901 par le professeur Piéchaud et notre maître le professeur Guyot. Nous croyons même que cette dernière observation peut déjà, à elle seule, donner une idée claire et précise de la question.

Nous avons cru judicieux de diviser notre travail en deux parties : Sarcome du vagin de l'enfant et de l'adulte. En cela nous n'avons fait que suivre le plan observé par

Veit dans son excellente monographie. Aussi souvent que nous l'avons pu, nous avons opposé ces deux formes pour mieux les caractériser.

Nous remercions M. le Professeur Guyot de nous avoir inspiré le sujet de notre thèse et d'en avoir accepté la présidence. Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte pour le remercier ici de l'affabilité qu'il nous a toujours témoignée quand nous sommes allé le voir, et surtout de l'enseignement aussi profitable que cordial que nous avons suivi dans son service.



SARCOMES DU VAGIN CHEZ L'ENFANT

C'est là une tumeur qui a pour caractère essentiel d'avoir été rarement signalée puisque dans toute la littérature médicale on ne compte jusqu'à présent que 61 cas. Malgré tout, on peut dire que les caractères en ont été suffisamment étudiés depuis déjà de longues années pour que, à la période d'état, tout au moins, l'affection puisse être décrite avec des signes et une évolution vraiment autonomes. Il ne faut donc pas que quelques praticiens prennent trop acte de cette rareté, pour invoquer l'erreur du diagnostic à chaque fois que l'on en trouve un cas. Evidemment, les erreurs sont possibles, mais il ne faudrait en induire que la nature sarcomateuse de la plupart des cas signalés doit être mise en doute. C'est ainsi que Natanson se fit une religion un peu hâtive sur la question : il observa une tumeur du vagin chez une fillette de 12 mois; l'examen histologique lui montra qu'il s'agissait d'une tumeur mixte; le rapprochement de ce cas avec la description d'autres auteurs l'incita trop vite à penser que les soi-disant sarcomes primitifs du vagin chez les enfants sont, dans la majorité des cas, des néoplasmes mixtes d'origine fœtale provenant du mésoderme et particulièrement de l'extrémité distale du corps de Wolf. En réalité, ce n'est là qu'une façon de soulever le problème de la pathogénie des sarcomes du vagin. Dès à présent, disons que de nombreuses théories ont été émises à ce sujet et que, comme tout le monde peut s'en douter, la question reste encore entière.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire dès aujourd'hui

que les sarcomes du vagin sont des tumeurs qui, quoique rares, existent et ont des caractères qui permettent d'en faire le diagnostic. C'est ce que nous allons essayer de montrer en en séparant les caractères distinctifs avec toutes les réserves qu'il faut toujours attacher à ce terme de « diagnostic » en clinique.

Anatomie pathologique

L'aspect de la tumeur est variable. Certains auteurs parlent de « grains de raisin » dont la surface de la tumeur semblerait se revêtir. En tous les cas, la tumeur a une grosseur qui varie de celle d'une noisette à celle d'un petit œuf de poule. La tumeur primitive est plus ou moins pédiculée et sa base d'implantation est plus ou moins large. Cette base d'implantation siège le plus souvent sur la paroi antérieure du vagin.

Après ablation de la tumeur primitive ou même spontanément, la masse se nécrose à tel point que la muqueuse présente des lésions diffuses et qu'il se forme toute une série de végétations polypeuses.

Le point de départ de la tumeur paraît être le tissu conjonctif sous-muqueux; cependant, peu à peu, toute la muqueuse semble être envahie. Le col de la vessie est souvent atteint, de même que l'utérus. Signalons, dès à présent, que cette tumeur fait plus souvent des métastases locales que des métastases éloignées.

Toutefois, n'oublions pas que l'extension vers l'ovaire (cas de Dannie), les trompes, le péritoine ont été signalés. Les ligaments larges sont rarement envahis.

A propos de l'appareil lymphatique, il faut signaler qu'il est rarement touché, selon la donnée classique qui dit que le sarcome se propose plus par la voie sanguine que par la voie lymphatique, cela en opposition avec les épithéliomas. Donc, les adénopathies sont rares; mais nous n'omettrons pas de relater les exceptions signalées par Conrad Frick : il trouva des cellules sarcomateuses dans les ganglions rétropéritonéaux.

Les recherches histologiques vont ranger ces tumeurs parmi les sarcomes mais avec de nombreuses variétés.

Hauser signale la présence de fibres musculaires striées dans trois cas observés par Kolisko. Il s'appuiera sur la présence de ces tissus spéciaux pour considérer la tumeur comme due à l'inclusion d'un germe embryonnaire. Cette hypothèse est née de la théorie de Conheim.

Veit rappelle aussi la présence de ces fibres musculaires striées dans des cas publiés par Rudwena : le tissu fondamental était ici de nature muqueuse. La présence de fibres musculaires striées se trouve encore relatée dans une observation de Bidone.

Parona a trouvé des sarcomes mélaniques, et Rosthorn a même observé des cellules géantes.

Les complications donnent lieu à certaines lésions que l'on trouve souvent au cours de l'autopsie. La tendance de la tumeur à s'infecter et à tomber est le plus souvent la cause de la mort.

Après l'issue hors de la vulve, il se produit un écoulement sanieux et purulent, souvent d'une façon secondaire, de la cystite et de la pyélo-néphrite; on observe notamment de la pyométrite et de la péritonite purulente.

Enfin, la compression de l'urèthre provoque, tout d'abord, de la dilatation de la vessie, puis de l'uretère et de l'hydronéphrose.

Étiologie et Pathogénie

L'affection pourrait s'observer soit au moment de la naissance, soit après. Au point de vue de la fréquence, le sarcome du vagin, quoique rare, occupe la première place parmi les tumeurs sarcomateuses qui attaquent l'appareil génital de la femme pendant les premières années de la vie.

Toutes les hypothèses qui ont été élaborées pour expliquer la genèse de ces tumeurs ont pour point de départ des données anatomo-pathologiques. On a souvent essayé de faire cadrer les faits ainsi observés avec l'émbyologie, cela d'ailleurs avec un succès que l'on discute encore. On a d'abord essayé d'expliquer les caractères le plus souvent observés et, par exemple, on s'est demandé si le sarcome en grappe n'était pas une lésion spéciale à l'enfance ou aux parois vaginales. Des tumeurs analogues, en effet, ont été observées chez l'adulte par Spiegelberg, Pernice et Pfannenstiël, Muneti et autres; elles prendraient leur origine dans la muqueuse du col de l'utérus. Signalons au passage que Pfannenstiël et Pick auraient remarqué la présence de quelques cellules géantes.

A la présence de fibres musculaires striées qu'il a remarquées avec Hauser, Kolisko attribue une origine métaplasique : d'après lui, elles seraient même pathognomoniques (?). Il faut dire d'ailleurs qu'il ne les a trouvées que dans certaines portions assez profondes de la tumeur. C'est ce qui amène d'ailleurs Pick à penser que ces fibres proviennent de l'infiltration des muscles du petit bassin par la tumeur. Pick aurait, en outre, constaté des restes d'épithélium glandulaire dans les coupes provenant de son sarcome du col chez une fillette. La nature embryonnaire basée sur l'aspect fœtal des proliférations, la forme en « grappe » particulière au sarcome du vagin chez l'enfant a fourni copieuse

matière à discussion. On sait maintenant que cet aspect spécial n'est pas uniquement dévolu au premier âge. En effet, les formations vésiculeuses en forme de grains de raisin ou de lambeaux mous qui font, au premier abord, penser à du tissu embryonnaire, s'observent aussi dans les tumeurs du col de l'utérus des femmes âgées; le sarcome de la muqueuse cervicale, dès qu'il parvient à se frayer un passage à travers l'orifice externe, revêt les mêmes caractères en pénétrant dans la cavité vaginale. Donc, du côté de ce caractère rien ne permet de faire une déduction pathogénique.

Plusieurs auteurs ont pensé que l'on avait affaire à des myxosarcomes. Steinhil et Schustler ont même posé ce diagnostic. Ces auteurs auraient même constaté la présence de mucine, après en avoir pratiqué la réaction.

Quant à Gessner, il prétend que la forme primitive ne serait point la grappe mais la forme papillaire. Plus tard, grâce à l'obstacle apporté à la circulation de retour, il se produisait de l'œdème, les proliférations ne se trouvant plus comprimées dans la lumière du vagin, prendraient alors cet aspect vésiculeux.

La tumeur se rapporterait-elle à l'évolution des canaux de Muller ? Faudrait-il invoquer ici la théorie embryonnaire de Conheime ?

Si on admet cette théorie, l'origine dans les canaux de Muller peut, au premier abord, paraître plausible — nous rappellerons que ces organes passagers se divisent en deux parties : l'une supérieure, destinée à la formation de l'utérus et des trompes, est tapissée de cellules cylindriques; l'autre inférieure, qui produira le vagin, est compacte, constituée par des cellules cubiques, très riches en protoplasma; toutefois, il faut dire que la transition entre ces deux segments n'est pas nette et qu'il existe une gradation tout à fait insensible entre leurs textures respectives. — Mais, en s'appuyant sur les données admises à l'heure actuelle, il faut vite convenir que cette hypothèse cesse d'être admis-

sible, étant donné la nature conjonctive de la tumeur et la nature épithéliale des canaux de Muller.

Dans le même ordre d'idées, il semble qu'il vaudrait mieux accorder une préférence marquée à la théorie de Wilms (1900), soutenue également par Veit, Natanson, Adler, Gayet et autres — elle expliquerait mieux la genèse de ces tumeurs, dites congénitales, de la toute première enfance. — Tenant plus fidèlement compte des données embryologiques actuelles, ces auteurs considèrent ces tumeurs comme des formations mixtes d'origine fœtale provenant du mésoderme de l'extrémité inférieure du canal de Wolf. Telle n'est pas, signalons-le, l'opinion de Robert Meyer qui rapporte l'origine de ces tumeurs mixtes à un trouble de développement local. La théorie de la dégénérescence maligne de papillomes bénins a été admise par Kolisko qui rappelle le cas de Demme; il la compare à ce que l'on observe parfois dans le nævus du tégument externe qui peut devenir, comme on le sait, le point de départ de sarcomes. D'autre part, nous devons ajouter que des polypes cervicaux à marche lente et dont l'allure clinique était bénigne ont présenté à l'examen histologique les caractères du sarcome, la malignité s'étant alors manifestée par des récidives locales et rapides. Pour Ahlfeld, la tumeur se développerait aux dépens des restes des excroissances papillaires découvertes par Dahm sur la paroi vaginale pendant la vie intra-utérine.

Enfin, Pfannenstiel croit avoir trouvé l'origine du sarcome dans l'endothélium des capillaires sanguins et lymphatiques. Pick s'oppose à cete manière de voir, car, dit-il, il n'a trouvé nulle part autour des vaisseaux une prolifération plus intense des éléments cellulaires qui pourraient faire admettre cette hypothèse.

En somme, beaucoup d'hypothèses qu'il ne faut pas avoir la prétention ou la naïveté de vouloir discuter actuellement, car cela équivaldrait à vouloir résoudre une question où les inconnues apparaissent tous les jours plus nombreuses. Tout de même, il est bon de rappeler ces hypothèses, ne serait-ce que pour se figurer exactement la complexité du problème.

Signes et Diagnostic

Une notion capitale doit dominer tout au long de ce chapitre, c'est la latence complète du début de l'affection. D'où la division, par certains auteurs, du processus évolutif en deux périodes : période intravaginale et période extravaginale. C'est de beaucoup la première qui doit inquiéter au premier chef l'attention méfiante du chirurgien : d'abord parce que, à cette période éminemment silencieuse, le médecin doit faire preuve d'une véritable prescience, ensuite parce que c'est à cette phase qu'existent, si peu nombreuses soient-elles, les quelques chances de guérison.

Toutefois, cette période, que l'on nommera, si l'on veut, intravaginale, peut éveiller l'attention par certains signes.

Dans certaines circonstances, il peut se produire des *hémorragies* d'importance très variable : aussi, chez une fillette, faudra-t-il se méfier des pertes légèrement sanguinolentes et à plus forte raison des grosses hémorragies.

D'autres fois, on est en présence d'une *constipation opiniâtre*, qui coïncidera presque toujours, au début tout au moins, avec de la *rétention d'urine*.

Les plus fréquents de tous les troubles fonctionnels sont les troubles de la miction et ils consistent à peu près toujours en phénomènes de rétention urinaire; toutefois, il ne faudra pas attendre la production de ce dernier signe qui prouve que l'affection est déjà bien avancée.

En somme, ces signes fonctionnels, de fréquence plus ou moins grande, doivent éveiller l'attention, mais jamais on ne devra attendre leur apparition pour faire un diagnostic qui risquerait de ne pas être précoce. On peut même aller jusqu'à dire que l'apparition des signes de compression du côté de la vessie (les plus fréquents) ou du rectum sont d'un mauvais pronostic, car ils supposent un envahissement

assez avancé des organes voisins. A la période que certains nomment extra-vaginale, apparaîtront les *signes physiques*.

Signes physiques. — Ou bien on a affaire uniquement aux signes précédents et l'examen de la vulve est négatif; ou bien, au contraire, à l'inspection la tumeur se manifeste par la procidence d'un de ses lobes en dehors du vagin. Il se présente alors sous la forme d'un bourgeon plus ou moins volumineux, arrondi, piriforme assez souvent, et ayant un pédicule par lequel il se continue avec la tumeur intra-vaginale. Celle-ci peut alors être constatée par le toucher vaginal, qui est facilité chez les enfants, malgré leur jeune âge, par la distension énorme qu'a subie ce conduit par le fait du développement de la tumeur.

Signes généraux. — Ils surviennent à une époque variable et n'ont rien de bien caractéristiques. En somme, ce sont les manifestations banales de la cachexie : disparition de l'appétit, pâleur, émaciation, etc.

Diagnostic différentiel. — Sachant que le sarcome est la tumeur maligne du vagin de l'enfant qui est la plus fréquente, nous ne nous attarderons pas à passer en revue toutes les formations vaginales possibles.

Nous basant sur l'étude des observations déjà publiées, nous soulignerons surtout les erreurs qui se commettent le plus souvent. D'ores et déjà, nous annonçons que cette étude sera plus complète dans le chapitre où nous nous occuperons du sarcome de l'adulte, car, chez cette dernière, la grande variété de tumeurs éventuelles est à considérer, cela d'autant plus que le polymorphisme est le caractère essentiel des sarcomes du vagin chez l'adulte.

Si l'on voulait tout simplifier et abrégé la discussion, il suffirait de citer l'avis de Rollin qui dit que la constatation dans le vagin de l'enfant de masses polypeuses ne peut laisser de doute sur la nature maligne de la tumeur et que le diagnostic de sarcome s'impose immédiatement.

Des *kystes* ont été signalés par Huguier chez de jeunes enfants.

Winkel et Guersant ont rapporté des cas de cancer primitif du vagin chez l'enfant; mais ces lésions sont tout à fait exceptionnelles.

Quant aux *papillomes*, il faut fortement s'en méfier, car dans le cas dû à Lewis W. Marshall, il est bien probable qu'il s'agissait d'un sarcome, analogue à ces tumeurs papillomateuses de Schuchardt, dont la structure avait les caractères microscopiques du sarcome à cellules rondes.

Dans le cas où la tumeur apparaît à l'extérieur, l'erreur pourrait être commise avec un polype de l'urèthre ou du vagin. Dans le premier cas, l'examen attentif du canal avec une sonde molle pénétrant sans encombre dans la vessie permet d'éliminer ces petites productions. Dans le cas possible, mais très rare, où l'on soupçonnera un polype vaginal, le diagnostic ferme ne pourra être posé qu'après l'examen histologique, après excision de la portion tumorale prélevée.

Les condylomes seront éliminés par le même procédé et la connaissance d'une inflammation antérieure.

Cependant, malgré tout, les erreurs sont encore possibles, et nous jugeons utile d'en rapporter quelques exemples :

Dans l'observation de M. le Professeur Le Dentu, la tumeur examinée une première fois avait été diagnostiquée *polype du vagin*; puis l'examen microscopique l'avait étiqueté fibrome mou et il était tellement vasculaire qu'on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'un angiome. La suite des événements ne confirma pas le diagnostic, hélas ! Le Dentu pense que de telles confusions sont possibles et que « dans certains cas les parties les plus périphériques de ces sarcomes végétants de l'enfance peuvent ne pas posséder la même structure que celles qui sont les plus voisines de leur base d'implantation. »

D'ailleurs, en relisant les observations publiées, on remarque que dans la première phase de développement le sarcome du vagin de l'enfant a été, presque dans la majo-

rité des cas, pris pour un condylome ou un polype banal. On voit alors les cautérisations se répéter et ce n'est qu'à près deux ou trois récidives, au bout de plusieurs semaines, et même plusieurs mois, qu'on envisage le diagnostic de malignité.

Dans le cas de Knoop, il s'agissait d'une fillette de 3 ans et demi chez laquelle les parents avaient remarqué six mois auparavant des pertes vaginales et une excroissance hors de la vulve et que le médecin avait prise pour un condylome.

Ahler a rapporté l'observation d'une fillette de deux ans chez laquelle déjà à l'âge de six mois, la mère avait remarqué une petite tumeur à la vulve et que le médecin avait traitée pendant dix-huit mois par des cautérisations au nitrate d'argent.

Dans le cas d'Aubert, une fillette de 3 ans fut traitée pendant trois mois pour vulvo-vaginite, alors qu'il y avait un sarcome partant de la paroi vaginale antérieure et remplissant le vagin.

Gayet a publié récemment (en 1929) l'observation d'une fillette de 18 mois, chez laquelle trois mois auparavant on avait enlevé quatre petits polypes, étiquetés polypes de l'urèthre, alors qu'après deux mois, on se trouvait en pleine récidive de sarcome du vagin.

En somme, chez l'enfant, il faut se méfier des tumeurs du vagin en apparence les plus bénignes, afin de faire un diagnostic précoce, qui, comme nous le verrons plus loin, est la seule condition de guérison — quelle que soit la rareté de cette éventualité.

Pronostic

L'accord est unanime pour considérer ces tumeurs comme d'une très grande malignité. Car, malgré une thérapeutique qui a été parfois beaucoup trop énergique pour de petits êtres — comme l'extirpation par la voie abdominale (Rabé, Curtiss, Weit, Schiller) ou par la voie présacrée (Hollaender), malgré l'excision suivie de radiothérapie (Ebeler, Fouqué, Gayet), un seul, sur les 61 cas publiés, peut être considéré comme guéri, étant resté dix ans sans récurrence. C'est le cas de Schuchard. Tous les autres sont morts soit des suites opératoires (collapsus, péritonite, bronchopneumonie), soit des récurrences, avec envahissement rapide de la vessie et du rectum, mais avec très rarement des métastases à distance. La survie moyenne a duré entre 12 et 18 mois.

On voit que l'essentiel résidera dans le fait d'intervenir en temps voulu, c'est-à-dire précocement. Nous ajouterons l'avantage que nous pouvons désormais espérer de la radiumthérapie (7 ans de survie dans un cas publié par Hallé).

Traitement

Actuellement, nous pouvons dire qu'il ne présente rien de spécial. Il consistera essentiellement en l'extirpation pure et simple suivie de l'application radiumthérapique. Nous répétons encore ici que le point capital sera d'agir très précocement. Toutes les techniques chirurgicales ont été tour à tour essayées avec le même insuccès. Elles ont surtout consisté à intervenir d'une façon plus ou moins large. Rien que pour mémoire, nous indiquerons brièvement les différentes techniques employées jusqu'à ce jour :

1° On a employé la *voie vaginale* qui est de beaucoup la plus naturelle. C'est elle qui offre le plus de garanties au point de vue des complications septiques et des suites opératoires. C'est la voie que les chirurgiens modernes ont de plus tendance à employer. Mais il ne faut pas oublier que la précocité du diagnostic seul peut faire bénéficier des avantages d'une telle voie d'accès;

2° La *voie périnéale*: elle consiste à pratiquer une incision transversale du périnée et, s'aidant du toucher rectal, à doubler progressivement la cloison recto-vaginale jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Cette périnéotomie transversale a été conseillée en 1889 par Zuckerkandl;

3) La troisième voie au moyen de laquelle peuvent être abordées les tumeurs du vagin, plus grave que la précédente est la *voie sacro-coccygienne*. Si, en effet, l'examen clinique démontre de trop grandes difficultés pour aborder la tumeur par la voie vaginale ou périnéale; si, d'un autre côté, la tumeur vient à se loger dans l'excavation sacrée, il sera tout indiqué de l'aborder par la voie postérieure, suivant le volume, l'étendue et la hauteur à laquelle remonte le néoplasme;

4) La *voie abdominale* doit être tout juste mentionnée. On ne doit l'employer que pour intervenir sur l'utérus et les annexes. Nous savons bien d'ailleurs qu'à ce degré d'envahissement, l'intervention a vraiment peu de chances d'aboutir.

En somme, nous n'avons fait que mentionner très rapidement les voies d'accès employées. On n'en sera pas trop étonné, quand on se rappellera que nous préconisons surtout l'idée suivante comme clef possible de guérison : précocité du diagnostic et intervention lorsque la tumeur est tellement limitée qu'elle simule très souvent la bénignité.

Au point de vue thérapeutique, nous fondons de grands espoirs sur l'association de la radiumthérapie au traitement chirurgical. Il nous semble que c'est vers la perfection de cette association que doivent tendre tous les efforts.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT)

Communication faite au Congrès périodique de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie. — III^e session, Nantes (septembre 1901).

La petite malade dont nous rapportons l'histoire clinique était âgée de deux ans lorsqu'elle entra dans le service de clinique chirurgicale infantile de l'Hôpital des Enfants de Bordeaux, dans les premiers jours du mois de mai dernier. Cette enfant nous était adressée d'Agen par notre distingué confrère le docteur Baret de Nazaris, avec le diagnostic de tumeur maligne des organes génitaux, ayant débuté ou envahi secondairement la paroi postérieure du vagin. Les renseignements qui nous furent donnés alors étaient les suivants :

A. P., fillette de 25 mois.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : réduits à bien peu de chose puisque jusqu'au jour où l'affection se traduisit par ses premiers symptômes rien n'avait pu faire prévoir pareille chose. Enfant née à terme, élevée au sein, pas de maladies à signaler. Deux mois avant son entrée dans le service, alors que rien dans son état général n'avait attiré l'attention des parents, un matin sa maman s'aperçut, en faisant sa toilette, qu'elle avait quelques légères pertes jaunes, teintées par place d'un peu de sang. L'enfant n'accusant aucune douleur, on la leva comme d'habitude et, dans la soirée du même jour, en allant à selle, elle fut prise d'une hémorragie considérable de sang rouge sortant abondamment par l'orifice vulvaire. En l'absence de médecin qu'on est allé quérir, on étend

l'enfant et, au bout de vingt minutes, paraît-il, le temps semble toujours long en pareil cas, l'hémorragie s'arrête spontanément. Le lendemain, une tumeur rouge et lisse apparaît à la vulve et, dès ce moment, on note une dysurée qui nécessite des sondages répétés deux fois par jour. L'urine qui s'écoule à chaque cathétérisme urétral est normale d'apparence, sans pus ni odeur particulière.

Au bout de deux jours, la partie procidente de la tumeur a augmenté et égale le volume d'une petite poire. Son extrémité ne tarde pas à se sphacéler et les débris mortifiés sont enlevés chaque jour par notre confrère. Malgré les lavages boriqués répétés du vagin, la suppuration ne tarde pas à apparaître en arrière de la tumeur, l'urine elle-même descend purulente, et pendant tout ce temps l'état général de l'enfant se modifie : apyrétique au début elle devient fébricitante, son appétit disparaît avec ses forces et au bout d'un mois, on constate un amaigrissement notable qui contraste avec l'augmentation de volume du ventre. En même temps, les pertes sont devenues très abondantes et exhalent une fétidité sphacélique.

A signaler cependant, dans l'histoire de notre petite malade, cette particularité intéressante dans l'évolution des signes qu'elle présente :

Trois semaines après l'apparition première de la tumeur exubérante, celle-ci disparut, détruite par le sphacèle. A ce moment, cédation complète des phénomènes urinaires : dysurie et rétention d'urine. La joie renaît dans la famille et avec elle des espérances illusoires, puisque huit jours après, la reproduction de la masse bourgeonnante se fait, et les mêmes symptômes vésicaux lui font cortège. Depuis l'hémorragie initiale, l'enfant n'a eu que quelques pertes sanguines très insignifiantes et provoquées par l'examen gynécologique.

A son entrée dans le service, nous avons consigné sur sa feuille l'observation suivante dont nous devons la rédaction à notre excellent ami M. Péry, interne des hôpitaux de Bordeaux :

« L'enfant qu'on nous apporte est une fillette âgée de 25 mois, très amaigrie, avec décoloration de la peau et des muqueuses. Dès qu'elle est découverte, on est frappé par l'existence, au niveau de l'espace génito-crural, d'une tumeur du volume du poing faisant issue par la vulve. Cette tumeur est lisse, très régulièrement

arrondie, d'aspect rougeâtre, sans ulcérations apparentes. Elle est rattachée à la paroi postérieure du vagin par un véritable pédicule large et court que le doigt contourne à sa partie inférieure jusqu'à son point d'implantation qui siège à un centimètre environ au-dessus de la fourchette. Cette masse, dont le contact arrache des cris à l'enfant, est de consistance assez ferme, réniténte, sans expansion, elle ne saigne pas facilement mais présente par place, surtout à son extrémité libre, des plaques de sphacèle. La tumeur procidente augmente de volume avec les cris et les efforts de l'enfant,

» L'abdomen est très notablement augmenté de volume, surtout dans la zone épigastrique; il ne présente pas de circulation veineuse anormale mais contraste par son volume avec l'amaigrissement très marqué de l'enfant dont les reliefs osseux costaux sont découverts. Pas d'ascite, pas de gâteaux péritonéaux. La consistance générale de l'abdomen est uniforme, sauf la partie inférieure où l'on sent au-dessus du pubis une masse dure sur laquelle la pression est douloureuse; en appuyant sur cette masse, on fait saillir davantage la partie procidente de la tumeur. Le doigt, facilement introduit dans le vagin, pénètre profondément en avant entre la tumeur et la paroi vésico-vaginale. On ne retrouve pas la sensation du col utérin que l'index cherche en vain. Par contre, le doigt trouve une masse mollassée, bourgeonnante dont il est impossible de chercher la limite supérieure en avant, mais qui s'implante par un très large pédicule sur la paroi postérieure du vagin, implantation qui se continue avec celle de la tumeur procidente. De chaque côté existe, entre la paroi vaginale et l'implantation du néoplasme, une rigole régulière et lisse que le doigt contourne latéralement et limite à sa partie déclive à un centimètre de la fourchette vulvaire, mais qu'il est impossible de limiter à sa partie supérieure.

» Toutes ces manœuvres se font facilement sans déterminer d'hémorragies et le doigt revient enrobé d'un pus jaunâtre et très fétide.

» Par le toucher rectal, on sent la paroi antérieure du rectum fortement repoussée en arrière par une grosse masse régulièrement arrondie qui efface en grande partie le calibre du rectum et dont le doigt n'arrive pas à atteindre la limite supérieure. La paroi rectale, en tant que muqueuse, a gardé sa configuration et

sa souplesse normales. Pas de ganglions inguinaux; la palpation des fosses iliaques est aussi négative. L'examen des viscères abdominaux et thoraciques est absolument négatif. L'enfant va à selle régulièrement, son pouls est régulier quoiqu'un peu rapide, sa température est à 37°6. Elle a été plus élevée, mais elle est retombée à la normale depuis quelques jours. L'enfant n'urine pas spontanément et la recherche de l'orifice uréthral est assez difficile en raison de la présence de la tumeur. L'urine retirée ainsi est d'apparence purulente, surtout à la fin, de volume normale; densité : 1010; réaction acide; couleur jaune; odeur normale; sédiment abondant; elle renferme :

Urée	8 à 10 grammes
Acide phosphorique	1 gr. 20
Chlorure sodium	3 gr. 60
Albumine	<i>Traces</i>
Glucose et pigments biliaires	<i>Néant</i>
Nombreux globules de pus.	

» Dans les jours qui suivent son entrée à l'hôpital, la tumeur augmente peu à peu de volume. Deux jours après en voulant la sonder, la sonde s'égare et tombe dans une poche purulente et donne issue à 150 ou 200 grammes de pus jaunâtre, bien lié, qui, examiné bactériologiquement, se montre riche en staphylocoques auxquels se trouvent associés quelques rares streptocoques à courtes chaînettes.

» La tumeur extérieure tombe en lambeaux sphacéliques, l'écoulement de pus par les voies génitales continue malgré les lavages antiseptiques répétés. La saillie de la région hypogastrique s'accroît encore.

» Puis apparaît la fièvre avec vomissements et tous les signes d'une péritonite aiguë qui amène la mort en deux jours. »

L'enfant entrée dans le service le 10 mai était morte le 11 du même mois sans avoir présenté de nouvelle hémorragie analogue à celle qui ouvrit la scène.

Autopsie le 13 mai.

En ouvrant l'abdomen, on constate l'existence d'une péritonite généralisée avec pus et fausses membranes. L'intestin grêle étant relevé, on tombe, à la partie inférieure de l'abdomen, sur une masse dans laquelle se trouvent réunis et adhérents la vessie, en

avant, l'utérus immédiatement plaqué en arrière et un peu à gauche, et enfin la portion terminale de l'intestin fortement déjeté à gauche de la ligne médiane, présentant une direction verticale et dont le calibre est égal à la moitié environ de la partie intestinale située au-dessus. Entre l'utérus et la face antérieure du rectum existe, toujours à gauche de la ligne médiane, un cul-de-sac représentant évidemment la cavité de Douglas et dont la profondeur atteint près de 7 centimètres. Les fosses iliaques sont libres; on n'y trouve pas, en particulier, de ganglions dégénérés.

Les autres organes abdominaux et thoraciques paraissent indemnes.

Pour enlever les organes du petit bassin, on commence par sectionner l'intestin entre deux ligatures au niveau de l'anse sigmoïde, puis on enlève les reins et leur loge en ayant soin de conserver les uretères. On rase ensuite la face antérieure du sacrum de façon à enlever tout le rectum; on en fait autant au niveau du pubis et des branches ischio-pubiennes. Enfin, un coup de bistouri circonscrit l'anus au ras de la peau ainsi que le vestibule vaginal et permet de tout enlever d'un seul bloc.

Examen de la pièce. — Avant l'ouverture du vagin, on constate qu'une partie de la tumeur qui pendait hors de la vulve est tellement envahie par le sphacèle qu'elle s'effrite sous le doigt et même tombe spontanément. Elle ne constitue que la plus petite partie de la tumeur. En effet, en ouvrant le vagin sur la ligne médiane, on voit surgir, c'est le mot, un gros champignon mamelonné et bosselé, tellement volumineux par rapport au calibre du canal vaginal qu'il devait certainement y être comprimé. Les deux parties de la tumeur, celle qui était prolabée au dehors et celle qui remplit le vagin, sont absolument connexes; elles se continuent l'une avec l'autre et ont une insertion commune sur la paroi postérieure du vagin qui est envahi sur une hauteur de cinq centimètres environ.

Sur la paroi antérieure, la muqueuse est simplement congestionnée enflammée, avec quelques ulcérations mais sans aucune adhérence de la tumeur.

Celle-ci mesure environ six centimètres de hauteur. En arrière et au-dessus d'elle existe une dilatation du vagin qui mesure près de trois centimètres et demi de haut sur deux et demi de large environ. C'est là que s'amassait le pus. La partie supérieure

de la tumeur est nettement limitée par un sillon circulaire qui la sépare de la paroi saine.

Au-dessus se trouve l'utérus qui paraît relativement indemne; le col présente sa forme et sa consistance normales; le corps est un peu augmenté de volume et mesure environ avec le col deux centimètres et demi de hauteur. Les annexes, trompes et ovaires, sont saines. La muqueuse présente un grand nombre de granulations grisâtres assez fortement saillantes. La tumeur est de surface irrégulière, lobulée; sa consistance est variable; la partie inférieure en voie de sphacèle est molle, la partie supérieure est également facilement dépressible. Au contraire, la principale partie présente une dureté élastique. Sur la coupe de la tumeur on voit que la substance qui la constitue est blanchâtre et paraît assez peu vasculaire.

L'urèthre ne présente pas de lésions appréciables, mais, en raison de la présence de la tumeur, tout l'appareil urinaire a été soulevé en masse et l'urèthre comme la vessie a été repoussé en haut, ce qui, pendant la vie, explique la difficulté du cathétérisme.

La vessie paraît saine dans la plus grande partie de son étendue, mais au niveau de la base, la paroi est manifestement très épaissie; de plus, en raison de la dilatation de la partie supérieure du vagin, ce conduit voit ses rapports avec la vessie très augmentés et, dans le sens de la hauteur, vessie et vagin sont accolés sur une étendue de trois centimètres et demi environ. Les uretères paraissent avoir subi une compression sans qu'il soit possible d'en localiser exactement le siège; ils sont, surtout le droit, notablement dilatés. Il n'existe pas d'hydro-néphrose : les reins sont pâles sans autres lésions macroscopiques appréciables. En ouvrant le rectum, on le trouve aplati avec ses plis longitudinaux et lorsqu'on incise ensuite sa paroi antérieure, on voit qu'elle n'est pas envahie par le néoplasme comme on avait pu le croire pendant la vie, mais qu'elle en est au contraire séparée par le cul-de-sac de Douglas, extrêmement profond ainsi qu'il a déjà été dit. Ce n'est que tout à fait en bas, au-dessous de ce cul-de-sac, que la cloison recto-vaginale est adhérente à la tumeur. Enfin la recherche des ganglions inguinaux et iliaques montre qu'ils ne présentent pas d'hypertrophie notable.

L'état de la tumeur et des régions voisines est très fidèlement

reproduit par le crayon habile de notre excellent ami, M. Muratet, préparateur du laboratoire des cliniques.

L'examen histologique pratiqué par M. le professeur agrégé Sabrazès a montré que la tumeur est constituée par un sarcome jaune à cellules embryonnaires avec vaisseaux assez nombreux et sans parois. Les coupes portant sur la paroi inférieure de la cloison recto-vaginale montrent celle-ci non envahie par le néoplasme. Par contre, la cloison vésico-vaginale est très épaissie et infiltrée de nombreuses cellules embryonnaires traduisant d'une façon indéniable l'envahissement du bas-fond de la vessie.

Cet examen confirme avec le diagnostic la conduite tenue par nous dans ce cas particulier que son extension rapide avait malheureusement mis au-dessus des ressources de notre art.

OBSERVATION II

RABÉ, Paris 1902. (Résumé)

Fillette de 16 mois. Violentes douleurs intermittentes dans le bas ventre, difficultés et fréquence des mictions depuis un mois.

Examen. — Masse charnue du volume d'une noisette au niveau du vestibule; gris rosé.

Diagnostic posé : Polype de l'urèthre.

Mais après examen plus approfondi, nouveau diagnostic de tumeur du vagin qui est examiné : il est bourré de masses charnues analogues. Aucune trace d'ulcération. Ces masses sont insérées sur *une tige commune*, qu'on incise près de son point d'implantation. On a alors une tumeur en grappe avec des éléments variant de la grosseur d'un raisin à celle d'une lentille (dans le voisinage du point d'implantation) consistance molle, coloration gris perle.

Face interne de la cavité vaginale hérissée de végétations granuleuses, sessiles.

Examen histologique : Montre la nature sarcomateuse de la tumeur.

Dix jours après, nouvel examen histologique, montre que la tumeur est en pleine voie de récurrence, le fond du vagin est recouvert de végétations polypeuses, saignantes.

Laparatomie : Ablation de l'utérus et du vagin. Bronchopneumonie au sixième jour et mort rapide.

Examen des organes : Utérus indemne, sauf des saillies chagrinées à la surface externe de la portion vaginale du col.

Autopsie : Pas de participation du rectum et de la vessie; autour de la tranche vaginale est restée une bande de paroi de 5 à 6 millimètres, tapissée par des végétations qui eussent annoncé la récidue. Pas de foyer métastatiques. Deux noyaux de broncho-pneumonie suppurée au poumon droit.

Examen histologique : (Fixation à l'alcool, inclusion dans la paraffine, coloration à l'hématéine éosine.)

Sarcum fuso-cellulaire : Développé aux dépens du chorion de la muqueuse vaginale.

OBSERVATION III

A propos d'un cas de sarcome du vagin chez une fillette de 5 mois
KLEIN KNECHT et S. TASOVATZ, *Strasbourg-Médical*
5 avril 1931 (résumé)

Enfant âgée de 5 mois adressée au chirurgien pour tumeur récidivante de la vulve. Cautérisée à deux reprises par le médecin qui, après la troisième récidue, envoie l'enfant au service de chirurgie des hôpitaux de Mulhouse.

Fillette bien constituée; bon état général.

Examen : Petite masse polypeuse, gris rosée, de la grosseur d'un haricot et semblant sortir du méat urinaire.

Après excision de la tumeur, on constate que la paroi vaginale ne présente aucune lésion macroscopique.

Examen histologique : Superficiellement, tissu inflammatoire néo-vaisseaux, fibroblastes et infiltration lymphocytaire).

Profondément : sarcome fuso-cellulaire; culture pure de cellules allongées réalisant franchement un aspect sarcomateux.

En janvier 1931, nouvelle récidue locale. Excision très large et profonde suivie d'une application de rayons X.

La malade est toujours en vie. — (KLEIN KNECHT.)

SARCOMES DU VAGIN

CHEZ L'ADULTE

Après avoir étudié le sarcome du vagin de l'enfant, il est très intéressant d'aborder le chapitre du sarcome du vagin de la femme adulte et cela à plusieurs points de vue.

D'abord parce qu'il y a de très nettes différences anatomo-cliniques entre ces deux formes. Ensuite, parce que le diagnostic de cette affection ne vient peut-être pas assez souvent à l'esprit du clinicien; enfin, parce qu'il nous a semblé que le traitement de cette tumeur était voué à moins d'insuccès (comme l'expérience semble le prouver) que lorsqu'elle existait chez la petite fille. Nous croyons que l'attention mérite d'être spécialement attirée sur ce dernier point, car il y aurait peut-être des raisons de faire des recherches tant du côté du processus évolutif que du côté thérapeutique.

Nous étudierons donc ici surtout le diagnostic de la tumeur parce qu'il nous semble que c'est là que se trouve la différence essentielle avec l'enfance. Nous nous appesentirons peu sur les considérations anatomo-pathologiques qui ne présentent à l'heure actuelle aucun grand caractère distinctif. Le traitement nous occupera davantage à cause de quelques résultats intéressants qui ont été publiés à ce sujet et à cause de l'orientation nouvelle qu'il faudra peu à peu lui donner.

Anatomie Pathologique

ETUDE MACROSCOPIQUE. — Il est presque classique maintenant de distinguer deux formes de sarcome du vagin de l'adulte : la forme circonscrite et la forme diffuse.

1) *La forme circonscrite.* — Elle se présente avec l'aspect d'une tumeur arrondie, ferme et résistante, quelquefois pédiculée mais bien plus souvent sessile. Au début, la tumeur est recouverte par une muqueuse vaginale dont l'épithélium ponimenteux stratifié qui la tapisse est intact. Un point essentiel et caractéristique est le suivant : nulle part nous ne verrons un aspect en grappe, à mamelons multiples comme chez l'enfant. Souvent, on a fait remarquer l'analogie qu'il y avait à établir entre ces sarcomes et ceux qui se développent sur la peau ;

2) *La forme d'infiltration diffuse.* — Cette infiltration de la paroi vaginale pourra aller jusqu'à obturer totalement ou presque la lumière de l'organe. L'infiltration des organes voisins, tels que le rectum et la vessie, est excessivement rare, alors qu'au contraire les métastases à grande distance (peau, poumon) sont fréquentes. On se trouve encore ici en présence d'un processus exactement opposé à celui observé dans l'enfance où c'est la propagation aux organes voisins qui constitue la note dominante.

SIEGE. — Il occupe assez indifféremment soit la paroi antérieure, soit la paroi recto-vaginale : toutefois, ce dernier siège semble être le plus fréquent.

La muqueuse peut être altérée précocement et c'est justement cette précocité de l'ulcération qui peut bien expliquer la confusion possible entre le sarcome et l'épithélioma si l'examen histologique n'a pas encore été pratiqué.

ETUDE MICROSCOPIQUE. — A ce propos, nous voyons de suite qu'il n'y a rien de bien spécial qui ne puisse être dit à propos de n'importe quelle sorte de sarcome. Quoique l'on ait remarqué que le type le plus souvent observé était le type fuso-cellulaire, tous les types ont été tour à tour observés : le sarcome globo-cellulaire, le sarcome pigmenté (observation de Morestin), des mélando-sarcomes très rares, des sarcomes télangiectasiques (observation de Aglave et Millian), des rhabdo-myomes myxomateux qui constituent des véritables types de transition avec les sarcomes du vagin observés chez l'enfant.

En somme, rien qui, de nos jours, puisse être apporté de nouveau dans cette étude depuis longtemps bien approfondie.

Signes et Diagnostic

Chez l'adulte, le polymorphisme est la note dominante qui préside à la symptomatologie des sarcomes du vagin. C'est pourquoi, à leur propos, le diagnostic des diverses néo-formations vaginales, tant malignes que bénignes, doit se poser. Toujours, il faudra bien se pénétrer de cette idée qu'il est difficile de faire le diagnostic étiologique, c'est-à-dire d'affirmer la nature sarcomateuse de la tumeur en se basant uniquement sur les signes cliniques, et l'examen histologique sera, par conséquent, toujours nécessaire.

Le début se caractérise par l'absence de signes vraiment pathognomoniques. On peut dire que tous les symptômes observés en gynécologie peuvent s'observer sans le moindre ordre d'apparition.

Parmi les signes les plus fréquents, une grande place est à réserver aux *hémorragies*. Elles sont d'abondance ra-

riable, mais rarement très abondantes cependant, sauf dans quelques rares cas (observation de Millian et Alglave). En somme, on est la plupart du temps en présence d'un léger suintement. Ceci est en opposition avec la donnée classique concernant les autres sarcomes, à savoir que les hémorragies externes y sont rares et que l'on oppose trop souvent l'ulcération tardive des sarcomes à l'ulcération précoce des épithéliomas.

A titre accessoire, notons la possibilité d'écoulements divers : un liquide séreux plus ou moins sanguinolent, quelquefois un liquide ichoreux ou séro-gommeux qui empêche le linge. Il ne faut pas non plus oublier les troubles vésicaux, ne serait-ce que pour signaler leur importance beaucoup moins grande en opposition avec ce qui se produit dans l'enfance.

1) Les troubles douloureux sont d'importance minime, étant donné leur apparition à une époque toujours tardive :

2) C'est souvent l'existence d'une petite tumeur remarquée par la malade qui l'amène chez le médecin. L'importance de ce signe s'explique par le fait que le siège de la tumeur est invariablement le tiers inférieur de la paroi vaginale. L'examen de la vulve est généralement négatif; cependant, si on « fait pousser » la malade, une petite masse peut apparaître; il faudra en tous les cas préciser par le toucher vaginal.

Au toucher vaginal, on remarque le plus souvent une tumeur arrondie de la grosseur d'un œuf de poule, recouverte par une muqueuse soit rouge, soit noirâtre et sphacelée. A ce propos, il ne faut pas oublier qu'il est important de vérifier l'état de la muqueuse et de se poser diverses questions : est-elle normalement souple ? Glisse-t-elle facilement à la surface de la tumeur ? Est-elle exulcérée ? Saigne-t-elle ?

Il faut aussi se rappeler qu'il est toujours indispensable de combiner le toucher rectal au toucher vaginal dans le cas de tumeurs à siège postérieur. Il faut signaler que, dans ce cas, on a fréquemment noté l'intégrité de la paroi rectale.

Ordinairement, on trouve un utérus et des annexes sains.

Il est quelques formes cliniques que la tumeur peut revêtir : la *forme sphacelée*, qui se présente lorsque le sarcome est atteint de gangrène par oblitération des vaisseaux (surtout dans le pédicule) et, par suite, donne lieu souvent à des hémorragies profuses (Siemens). Les sarcomes *dits angioplastiques* ou *télangiectasiques* présenteraient ceci de spécial qu'ils se développeraient surtout chez les femmes jeunes, donneraient particulièrement lieu à des hémorragies abondantes, et se sphacéleraient rapidement, ouvrant ainsi une large voie à l'infection.

De l'examen au spéculum, nous ne dirons que, dans tous les cas publiés, il a toujours été difficile et délicat.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic présente de très grandes difficultés ordinairement, car, comme nous y avons déjà insisté, il n'existe aucun symptôme caractéristique de ces tumeurs. La plupart du temps, ce sera à l'occasion de signes fonctionnels minimes, tels que petites hémorragies ou pertes, qu'un examen révélera l'existence de la tumeur. Comme toute, on peut donc dire que ce diagnostic reposera essentiellement sur l'examen local et le toucher vaginal.

La première question que l'on aura à trancher sera le diagnostic de siège; la tumeur appartient-elle réellement au vagin ?

En effet, il pourrait s'agir d'une *cystocèle* ou d'une *rectocèle* avec lesquelles ont été souvent confondues certaines néoplasies du vagin, qui, insérées sur la paroi antérieure et postérieure font une légère saillie à l'extérieur; mais si l'on prend soin de refouler le pseudo-prolapsus formé par une tumeur vaginale, on éprouvera une résistance inusitée dans le cas de cystocèle ou de rectocèle; alors il suffira de pratiquer le toucher rectal ou le cathétérisme combiné au toucher vaginal pour apprécier le volume, la forme, la consistance de la tumeur et faire immédiatement rejeter l'hypothèse de prolapsus du vagin.

Un *prolapsus utérin* complet peut ressembler à s'y méprendre à certaines tumeurs vaginales, surtout lorsqu'il s'agit de certaines variétés de fibromyomes : pour éviter la confusion, il suffira simplement de suivre le pédicule de la tumeur dans le vagin et de sentir si l'utérus est bien à sa place normale.

Il faudra encore éliminer les *fibromes utérins sous-séreux et pédiculés* ayant dédoublé la cloison recto-vaginale. Tant que persiste encore l'union étroite de ces tumeurs avec l'utérus, on voit facilement qu'elles lui appartiennent ; mais dès que ces fibromes deviennent libres, soit par rupture du pédicule, soit par énucléation, le diagnostic devient alors des plus délicats.

Nous venons de passer en revue les cas les plus fréquents où le diagnostic de siège peut quelquefois demander quelques difficultés.

S'il est établi que la tumeur appartient bien au vagin, le débat devra être tranché entre certains points que nous allons nous efforcer de préciser :

S'agira-t-il d'un *kyste du vagin* ? Dans ce cas, il faudra ne pas oublier que cette tumeur siège habituellement soit à la face antérieure du vagin, soit au niveau du canal de l'urèthre, soit dans la région du trigone vésical ; on peut aussi les rencontrer sur la face postérieure à quelques centimètres en arrière de la vulve. Cependant, ils se différencieront des sarcomes par leur consistance plus molle et par leur fluctuation plus ou moins nette.

Une tumeur inflammatoire à évolution lente et *indolente*, qui s'entourerait secondairement d'une coque épaisse et indurée, comme Calvasty nous l'a signalé, pourrait encore produire la confusion. Ici, comme dans la plupart du temps, il n'y a que l'examen histologique qui peut trancher la discussion.

Un *thrombus vaginal*, formant une tuméfaction dont la grosseur varie entre celle d'une amande et celle d'un petit œuf, sera violacée ou noirâtre, plus ou moins fluctuante et

se reconstruira, de même que le fibrome télangiectasique, chez les femmes enceintes : on trouvera souvent à son origine des varices vulvo-vaginales, de l'hémophilie, un traumatisme quelconque.

Un *fibro-myome* se caractérisera par sa rénitence, sa dureté, sa mobilité sur les organes voisins, son siège de prédilection sur la paroi antérieure du vagin et la lenteur de son évolution.

Nous ne signalerons que pour mémoire les diagnostics de syphilome vagino-rectal et de gomme ulcérée.

En pratique, il faut surtout retenir que le diagnostic se pose surtout entre le fibrome du vagin et la tumeur maligne. Quant à faire la distinction entre l'épithélioma et le sarcome en se basant uniquement sur les seules données cliniques, on peut affirmer nettement que c'est là une chose impossible. Un des plus remarquables exemples de cette confusion est fourni par le cas publié par Tourneux : tous les signes cliniques faisaient penser à un épithélioma, alors que, finalement, l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome fuséo-cellulaire.

EVOLUTION. — Maintenant que nous avons essayé de voir comment il était possible de reconnaître cette tumeur et surtout dans quelle mesure cela était cliniquement réalisable; nous allons voir quelle en a été jusqu'à présent la destinée.

Abandonnée à elle-même, la tumeur évolue plus ou moins lentement mais de toutes façons vers une issue fatale : des métastases apparaissent dans divers points plus ou moins éloignés de l'économie, des hémorragies se produisent : en somme, c'est le tableau évolutif habituel de toutes les tumeurs malignes.

Comme complications possibles on peut noter : des *hémorragies* dont l'importance irait quelquefois jusqu'à nécessiter un tamponnement vaginal d'urgence; du *sphacèle* de la tumeur; de la compression des organes voisins (rectum, vessie, urètre); des hémorragies intratumorales, ou

encore du gonflement œdémateux de la tumeur (observation de Rollin).

Quant à la durée, on peut dire qu'elle s'échelonne entre deux mois et deux ans.

PRONOSTIC. — Après l'opération, la récurrence est la règle, mais il faut penser que le pronostic deviendra de moins en moins sombre par l'association des agents physiques à l'acte chirurgical.

TRAITEMENT. — Il n'y a pas très longtemps encore, le traitement était uniquement chirurgical. Les techniques employées ont été nombreuses et tour à tour influencées par des tendances aux larges et copieuses exérèses et par des tendances conservatrices.

Dans une première période qui ne remonte pas à plus de vingt ans, le chirurgien hanté par la crainte des métastases et des ensemcements, préconisait les interventions très larges au prix même des plus grands délabrements. Par la suite, on s'est rendu nettement compte que ces opérations à grands délabrements n'empêchaient guère plus les métastases et les récurrences locales que les opérations limitées et économiques. C'est pourquoi aujourd'hui préfère-t-on les opérations simples au pronostic opératoire bien meilleur.

Il nous apparaît maintenant que les connaissances acquises sur le traitement curathérapique des sarcomes permettent d'entrevoir une phase nouvelle dans le traitement des sarcomes tant de la femme adulte que de la petite fille.

D'après les recherches assez récentes de A. Basset et de P. Guérin, on a le droit de s'engager dans cette voie avec beaucoup d'espérances. En effet, ces derniers auteurs ont été les premiers à rapporter un cas où l'association de la chirurgie et la radiumthérapie a été réalisée avec un succès qui, jusqu'à présent, n'a pas été démenti par l'état de la malade traitée.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Dernièrement, Basset et Guérin ont employé avec succès la technique suivante:

introduction dans le vagin d'une valve pour soulever et refouler la paroi antérieure, puis après ablation anale avec les deux doigts de la main gauche introduits dans le rectum, on accroche le pôle supérieur de la tumeur, la refoulant en avant et en bas. Sur la paroi antérieure du vagin, incision longitudinale qui conduit à la tumeur. Celle-ci est enlevée au bistouri, puis aux ciseaux en rasant d'aussi près que possible la face profonde de la muqueuse rectale. Enfin, suture au catgut de la paroi vaginale. En somme, tout se borne ici à l'ablation pure et simple de la tumeur.

Morestin emploie une technique analogue. De même, au cours d'une colpographie, on a vu Ricard employer un procédé analogue (observation de Rollin).

Tourneux a employé la technique suivante : périnéotomie transversale suivie d'un décollement recto-vaginal, la paroi vaginale est enlevée avec la tumeur.

Les résultats de ces interventions à délabrements limités furent excellents; à ce propos, il faut signaler le cas de Tourneux pour lequel il n'est pas noté de récidives après huit ans. Puis le cas de Basset et Guérin qui est resté sans récidive depuis deux ans d'attente et de surveillance.

Virenque, dans son mémoire, envisage des interventions plus larges allant jusqu'à la dissection minutieuse des tissus péri-utérins. Nous pouvons faire observer que cette opinion peut ne pas sembler très justifiée lorsqu'il s'agit de sarcomes, tumeurs qui ont peu de tendances à infiltrer les tissus voisins; en effet, on a toujours observé qu'elles refoulaient plus qu'elles n'envahissaient et que leurs métastases empruntaient la voie veineuse, respectant l'intégrité de la voie lymphatique à l'encontre de ce qui se produit dans les épithéliomas.

Nous n'insisterons donc pas sur la technique de Schuchard-Schauta reprise par Hartman : dissection du vagin en manchette, fermeture du conduit, ablation de l'utérus, des annexes et du néoplasme vaginal, en vase clos, le tout en bloc. Pour mémoire, nous ne ferons que citer les techniques des auteurs lyonnais avec Pallosson et Bérard (voie abdominale puis vaginale).

Traitement Radiumthérapique

A. Basset et P. Guérin ont été les premiers à essayer le traitement radiumthérapique dans le sarcome du vagin de la femme adulte. Les doses qu'ils ont employées étaient relativement faibles : 10 millicuries 80 pour le vagin et 4 millicuries 68 pour le rectum. Dans le cas publié, ce traitement n'a été que le complément d'un acte chirurgical accompli dans des conditions particulièrement favorables et, de plus, l'on avait affaire à un sarcome du type lymphoïde particulièrement radiosensible, ainsi que l'ont démontré les travaux de Regaud, Lacassagne et Richard. Ces derniers auteurs ont même insisté sur le danger qu'il y avait à s'attaquer chirurgicalement à ce type de sarcome pour lequel, selon eux, la radiumthérapie garderait tous ses droits. Cependant, en pratique, on ne peut absolument pas suivre à la lettre ces données théoriques, quelle que soit la solidité de leurs fondements. En effet, comment faire le diagnostic de nature sans avoir fait auparavant un examen histologique ? Surtout que, dans ce cas, toutes les probabilités cliniques sont en faveur des sarcomes fibroblastiques, type de beaucoup le plus fréquent des sarcomes du vagin. Or, selon les termes mêmes de Regaud, « les sarcomes fibroblastiques ne sont pas des tumeurs à traiter par la radiumthérapie, la chirurgie conservant à leur égard tous ses droits. Ici la radiothérapie n'est indiquée que dans les cas inopérables, ou après l'échec de l'exérèse chirurgicale. »

En somme, la curiethérapie employée isolément ne peut et ne doit être appliquée que lorsqu'un diagnostic clinique ferme a été posé, et surtout lorsque ce diagnostic a été complété par un examen histologique soigneusement conduit : ceci, nous le répéterons encore, est indispensable dans tous les cas. Pratiquement donc, on ne pourrait appliquer la curiethérapie qu'après biopsie. Or, quand le malade est vu assez tôt, il n'est pas bien plus difficile d'enlever la tumeur

que de faire une biopsie. Ajoutons que cette biopsie n'est pas toujours sans danger, surtout lorsqu'il s'agit de sarcomes.

Pour les mêmes raisons, l'application de radium suivie de l'intervention chirurgicale ne sera indiquée que lorsque le malade étant vu trop tard, il serait périlleux de se livrer d'emblée à une exérèse.

Dans les cas inopérables, le traitement radiumthérapique rendra le service d'apporter au moins à la malade un soulagement passager.

En somme, nous croyons que l'apport des moyens physiques doit donner une orientation toute nouvelle dans les recherches thérapeutiques qui concerneront le sarcome du vagin de l'adulte.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

MORESTIN, *Bulletin de la Société Anatomique*

juin 1898 (p. 431) et décembre 1901 (p. 1045)

E. L., célibataire, 59 ans.

Petites hemorrhagies vaginales depuis deux mois. Rien dans le passé génital.

Masse arrondie, noirâtre, ulcérée, du volume d'une noix, soulevant l'hymen. Implantation sur la paroi postérieure du vagin par un large pédicule inséré à mi-hauteur de la cloison recto-vaginale. Muqueuse vaginale adhérente à la tumeur.

Rectum sain.

Extirpation et suture, le 7 avril 1898. Première récurrence locale à la fin d'avril.

Le 7 septembre, nouvelle intervention après section du périnée. Réunion comme pour une colpo-périnéoraphie.

Le 15 mars 1899, une tumeur est apparue au-dessus de la crête iliaque gauche du volume d'un œuf et située dans les masses musculaires.

Le 17 mai, nouvelle récurrence vaginale. Envahissement de la cloison recto-vaginale dans toute sa hauteur. Obstruction rectale. La masse sortait de la vulve sous forme d'un gros bouchon grisâtre. Ecoulements fétides. Ablation palliative avec les ciseaux et la curette de presque toute la tumeur vaginale. Injections purificatrices.

Août ; Récurrence. Ganglions dans les plis de l'aîne. Tumeur secondaire dans l'épaisseur de la région abdominale. Mort 18 septembre,

Examen histologique : 20 avril 1898. Sarcome à grandes cellules rondes à plusieurs noyaux et chargés de pigment d'origine hématique. Présence de foyers hémorragiques.

OBSERVATION II

Un cas de sarcome du vagin. — J.-P. TOURNEUX.

Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris
1923. (Résumé)

Marie L., 26 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral et personnel. Très bon état général.

Réglée à 13 ans; mariée à 19 ans. Deux grossesses à terme; suites de couches : néant.

Il y a trois mois, une petite grosseur apparaît dans le vagin; augmente peu à peu de volume et saigne depuis 20 jours.

Examen : A 4 centimètres de la vulve on a une tumeur de 1 cm. 5 sur 1 cm., ulcérée superficiellement et saignant au contact. La consistance est assez ferme; elle est indolore et mobile. Il n'y a pas d'induration de voisinage; au contraire, le reste du vagin est souple.

A l'utérus et aux annexes, rien à signaler.

Diagnostic : *epithelioma*. Ce diagnostic s'appuie sur le fait que les tumeurs conjonctives sont bien plus rares et que leur ulcération est bien plus tardive que celle de la tumeur observée.

Traitement : Périnéotomie transversale. Paroi vaginale décollée de la paroi rectale jusque vers le Douglas et très largement reséquée.

On referme aux catguts et aux crins de Florence.

15 jours après la malade a repris ses occupations.

Examen histologique : indique un *sarcome fuso-cellulaire*.

Jusqu'en 1925, on n'a pas noté de récurrence.

OBSERVATION III

BASSET et GUERIN (Résumé), *Gynécologie et Obstétrique*,
Juillet 1928. — Sarcome du vagin chez l'adulte.

Mme L., 44 ans, vient consulter en janvier 1925 après avoir constaté depuis quelques mois une saillie anormale dans le vagin.

Gêne douloureuse au cours du coït et un peu de pesanteur au niveau de l'anus.

De plus, constipée chronique et entéritique ancienne. Aucun antécédent génital; règles normales.

Examen : Utérus sain. Rien du côté des annexes. A mi-hauteur de la paroi recto-vaginale et dans son épaisseur on a une masse dure, pâteuse, bien limitée à son pourtour; irrégulièrement bosselée. En largeur la tumeur occupe toute la cloison recto-vaginaie; en hauteur, n'atteint ni le bord de la vulve ni le cul-de-sac de Douglas.

La muqueuse paraît saine et mobile.

Intervention le 27 janvier 1925. Après introduction d'une valve qui soulève et refoule la paroi antérieure du vagin, on fait une dilatatin anale. Par le vagin, incision longitudinale sur la paroi portérieure. On arrive sur la masse qui est bien encapsulée par une sorte de coque. Cette masse est formée de végétations grisâtres, mollasses et s'effritant facilement sous la pince.

Ablation au bistouri d'abord, puis aux ciseaux courbes. On termine en grattant à la curette la loge de la tumeur.

Suture de la muqueuse vaginale au catgut en plaçant un très petit drain dans la cavité laissée vide par l'extirpation de la tumeur. Tamponnement du vagin. Guérison apparente.

Examen histologique : Sarcome lymphablastique. Malade revenue le 2 mars 1925. Elle va bien et la cicatrice vaginale est en très bon état. Traitement eunetherapique prophylactique : Deux applications à 8 jours d'intervalle, une vaginale et une rectale. La durée d'application est de 24 heures.

14 septembre 1925 : Etat local excellent mais depuis les applications de radium les règles ont cessé.

30 avril 1926 : Aménorrhée toujours complète. Cicatrice vaginale et rectale souple. Pas de trace de récidence.

CONCLUSIONS

Nous ne pourrions nous résumer qu'en essayant d'énumérer ici les points communs et les différences entre le sarcome du vagin de l'enfant et celui de la femme adulte :

I. — Les sarcomes du vagin se rencontrent depuis la plus tendre enfance jusqu'à un âge très avancé de la femme ;

II. — Le sarcome du vagin est, chez l'enfant, quoique rare, la tumeur maligne la plus fréquente que l'on trouve dans le vagin.

Chez l'adulte, au contraire, c'est une des plus rares des tumeurs malignes du vagin ;

III. — Chez l'enfant, son début est latent, insidieux, et sa symptomatologie ne se révèle par des caractères propres que lorsque l'enfant est inopérable.

Chez l'adulte, outre que le début est aussi silencieux, jamais il ne faut compter sur des signes cliniques propres, car à ce point de vue le polymorphisme est la règle ;

IV. — Chez l'enfant, le siège de la tumeur est, la plupart du temps, sur la paroi antérieure du vagin.

Chez l'adulte, il est, au contraire, fort variable ;

V. — Chez l'enfant, la propagation des lésions se fait surtout vers les organes immédiatement voisins.

Chez l'adulte, par contre, il y a des métastases à distance ;

VI. — Jusqu'à maintenant, chez l'enfant comme chez l'adulte, la terminaison fatale, après des récidives plus ou moins nombreuses et répétées, est la règle ;

VII. — Nous croyons que, pour améliorer les résultats thérapeutiques, tant chez l'adulte que chez l'enfant, il faut

dra favoriser la précocité du diagnostic par des examens histologiques systématiques, à propos de tumeurs vaginales aux apparences les plus bénignes.

Nous croyons aussi qu'il faut fonder de gros espoirs sur l'association des agents physiques (radiumthérapie, radiothérapie) au traitement chirurgical.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 24 novembre 1931.

Le Recteur de l'Académie :

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ASHBURN. — Primary vaginal sarcoma. *Cincin Lancet Clinic*, 1897, (s. n., p. 427-430.)
- ALGLANE et MILLIAN. — Un cas de sarcome telangiectasique du vagin. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1898 (p. 651).
- AGRESTI. — Un caso di fibromioma della vagina degenerato in sarcoma. *Studium Napoli*, 1922 (t. XII, p. 304).
- ANDREWS (H.-R.) — Sarcoma ulcerating through the vagina and causing severe hemoragy in a girl aged 19. *Proc. Roy. Soc. Med. Lond.*, 1924-1925 (XVIII, Sect. Obst. et Gynec.).
- AUBERT (H.-L.). — Sur un cas de sarcome du vagin chez l'enfant. *Revue médicale de la Suisse Romande*, Genève, 1905 (XXV, 584-599).
- AHLFELJD. — *Arch. F. Gyn. Band* (XXI, p. 135).
- BARÈRE. — Thèse de Bordeaux, 1901.
- BABES. — Ziemssen spec. *Path. ant Therap.*, Bd (XIV, p. 45).
- BOLDT (H.-J.). — Primay melanotic sarcoma of the posterior vaginal wall. *Am. J. New-York*, 1906 (550-552).
- BIAD. — Sarcoma of the vagina. *J. Am. M. Ass. Chicago*, 1912 (Lix 550-552).
- A. BASSET et P. GUERIN. — *Gynéc. et Obst.* (XVIII, 18-26), juillet 1928. Sarcome chez l'adulte.
- COULON. — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs du vagin chez l'adulte. Thèse de Paris, 1911.
- DELLAPIANO. — Contribution à l'étude des épithéliomas et des sarcomes primitifs du vagin, étude clinique et thérapeutique. *Annali obstetrica*, Milano, 1923 (p. 197).

- DEMME. — 19 Med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen kinder in Bern (p. 15).
- et GRÆNIETRER. — Diss. Inaug. Munchen, 1888.
- DIETRICH (H.-A.). — Zur aknitathérapie des genital sarkoms zentrab. f. Gynak. Leipz, 1919 (XLIII, 791-794).
- EBELER. — Traubensarkom der Scheide im Kindesalter. *Zentrab. f. Gnak, Leipz*, 1917 (XII, 357-361).
- EDEBOHLS (G.-M.). — Sarcoma of the vagina and left broad ligament removed by combined cælotomy and perineotomy. *Am. Journal Gynæc. and obst.*, 1896 (VIII, p. 788).
- FARLAND (Mac). — Sarcome du vagin. *Amer. J. of medecine* (n° 4, avril 1911).
- FAURE (J.-L.) et SIREDEX. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- GATTI (G.). — *Giornale della R. Acad. di Medic. di Torino* (juillet 1892, p. 664).
- GAYET. — Cas de sarcome. *Archives franco-belges de chirurgie* (31, 639-646, août 1928).
- WILLIAM (J.) GOOD. — St Bartholomeus Hosp. Rep. (1890, XXVIII, p. 97).
- GRAEFFE. — Un cas de mélanosarcome du vagin. *Monatsschrift f. geh. u. gyn. f.* (2 février 1912).
- HARTMANN (G.), Les kystes du vagin. *Thèse de Paris*, 1919.
- HAUSER. — *Wirch. Archiv Bd* (L. XXXVIII, p. 165).
- HERZFELD (Vienne). — *Centrab. f. gyn.* (1890, n° 43).
- HIMMELSTRUP (K.). — A case of primay sarcoma of the vagina in a girl of four years. *Ugeskr. f. Læger. Kalenth.* (1918, XXX, 10056-57).
- HALIAENDER. — *Zeit f. geb. med. gyn. Bd.* (XXXIV, p. 127).
- HORN. — Zur keutniss primærer Scheiden sarkome bei Estwachsenar. *Monatsschr f. Geb. u. Gyn., Bd* (40, p. 469).
- KALUSTOM. — *Arch. fur gynakal, Bd.* (40, p. 499).
- KASCHAVAROWA. — *Virchow's Archiv* (t., p. 73).

- KASCHAVAROWA et SPIELBERG. — Zur den sarkomen der uterus und der Scheide. *Arch. f. gyn.* (t. IV, p. 344).
- KÆRNER. — Inaugural dissertation. Güttingen, 1892.
- KLEIN KNECHT et S. TASSOVATZ. — A propos d'un cas de sarcome du vagin chez une fillette de 5 mois. *Strasbourg Médical* (5 avril 1931).
- KOLISKO. — Das polypose sarkom in kindesalter. *Wiener Klinische Wochenschrift* (1889).
- JELLETT. — Histoire post-opératoire d'un sarcome primitif du vagin. *The Journ. of obst. and gyn. of Brit. Empr.* (octobre 1907).
- JELLET et EARL (H.-C.). — Un cas de sarcome primitif du vagin chez une femme adulte. *The Journ. of obst. and gyn. of Brit. Emp.* (1904, p. 230).
- LE DENTU (A.). — Les sarcomes du vagin dans l'enfance. *Presse Médicale*. Paris, 1904 (p. 321-324).
- LENNIE (R.-A.). — Tumour of the vagina in a child aged of one year. *Tr. Roy. Med. Chirg. Soc. Glasg.* (1922, XVI p. 170).
- MARCH. — Path. transactions, London, 1874 (p. 178).
- MENSHALL. — *British méd. journ.*, 1899 (p. 127).
- MARTIN (A.). — Traité clinique des maladies des femmes. *Berliner klin. Woch.*, 1898 (n° 40 et 41).
- MARTIN (H.). — Fibroser Scheiden polypein einen neugeborenen. *Zeit f. Gehmet. gyn.* (Band III, Helft).
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- MORESTIN. — Sarcome de la paroi recto-vaginale. *Bull. soc. anat. de Paris*, 1898 (t. XXIII, p. 431).
Sarcome du vagin. *Bulletin et mémoire de la Société anat. de Paris*, 1900 (XXV, 1045-1049).
- ORLOFF. — Contribution à l'étude des sarcomes des organes sexuels externes. *Wratch*, 1900 (p. 21).
- PARONA. — *Ann. Univ. de Médecine et Chir.* Milan, 1887.
- PEYROCHE. — Des tumeurs malignes de la vulve et du vagin. *Thèse de Paris*, 1905.

- PIÉCHAUD et GUYOT. — Sarcome primitif du vagin chez une enfant de 2 ans. *Revue mensuelle de gynécologie*, Bordeaux 1901 (III, 210 à 212).
- PICK. — *Arch. f. gyn. Bd.* (XIVI, p. 191) 1894.
- PEART. — On the removal of the large cervical tumour occupying the vagina. *Lancet*, London, 1919 (II, p. 1194).
- PAULY. — Deux cas de cancer primitif du vagin traités par le radium. *Gyn. Paris*, 1922 (p. 672).
- POZZI. — *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*.
- RABÉ. — Contribution à l'étude du sarcome primitif chez l'enfant. *Archive de médecine des enfants*, Paris, 1902 (V, pp. 584-591).
- RASHKEI. — Contribution à l'étude des néoplasmes primitifs du vagin. *Journal d'obst. et de gynéc. de St-Pétersbourg*, 1903.
- REGAUD, LACASSAGNE, RICHARD, etc. — Curiethérapie et radiothérapie des sarcomes. *Paris Médical* (février 1922).
- ROELLO. — *Annali italiani di chirurgica*. Sarcome primitif du rein et du vagin chez une fillette de 8 mois.
- ROLLIN. — Sarcome primitif du vagin de l'adulte; diagnostic et traitement des tumeurs solides du vagin. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Paris, 1905 (pp. 1055-1904).
- ROLLIN. — Sarcome du vagin chez l'enfant; étude anatomoclinique. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdom.* Paris, 1906 (X, 3 à 20).
- RUBESKA (W.). — *Central für Gynack* (1^{er} février 1896).
- SAENGER. — *Arch. f. Gyn. Bd* (XVI, p. 56).
- SCHUCHARDT. — Zweiter Congr. S. dent. ges. f. gyn. Halle, 1888.
- FRICK. — Inaug. Diss. Halle 188. *Wirsch. Arch. Bd CXVII* (p. 248).
- SCHUSTLER. — *Wiener klin Wochenschrift* (188, n° 6 et 9).
- SMITH. — *Amer. méd. journ. of obst.*, 1885 (p. 155).
- STEINHAL. — *Wuch. Arch. Bd CXI* (p. 449).
- SOLTMAN. — *Jahresheınricht f. Kinder Kalt. Bd XVI* (p. 418).

SCHWARTZ. — Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, 6 juillet 1900.

SIMMONS. — Trans. af. soc., Edimbourg, 1885.

VON SZATNAY (Z.). — Ein seltener fall von Scheidensarkom Monastch f. gehunth u gynæk. Berl. 1926 (LXXIII, 312-316).

TOURNEUX. — Un cas de sarcome du vagin. *Bull. de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1923. (LXII, p. 197).

S.-E. TRACY. — Sarcome du vagin (19, pp. 279-285). *Amer. journ. obst. et gynéc.* (février 1930).

VIRENQUE (M.). — Les tumeurs malignes primitives du vagin. *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie* (III, 1913, p. 175).

VEIT. — Handhuch der gynækologie. (Bd I, p. 354).





IMPRIMERIE
RENÉ SAMIE
BORDEAUX



